

La **neumonía adquirida en la comunidad** es una infección aguda del parénquima pulmonar que afecta a un paciente inmunocompetente que no haya sido hospitalizado en los 7-14 días previos al comienzo de los síntomas o que éstos se hayan iniciado en las primeras 48 horas desde su ingreso.

- 1 **Triaje:** triángulo evaluación pediátrica (TEP) y signos vitales (**PA, FC, FR, T<sup>a</sup> y SpO<sub>2</sub>**) (Tabla 2)
- 2 **Anamnesis y exploración física** (Tabla 1 y 3)
- 3 Evaluación de la **gravedad: criterios de ingreso** (Tabla 5 y 8)
- 4 Valorar **pruebas complementarias** (si NAC moderada-grave) (Tabla 4)
- 5 Elección del **tratamiento** adecuado (Tabla 6, 7 y 9), en función de **sospecha etiológica** (Tabla 1)
- 6 Valorar **respuesta al tratamiento** en 24-48 horas

**Tabla 2. Manejo TEP alterado (fallo respiratorio)**

- Monitorización: ETCO<sub>2</sub>, oxígeno, vía
- Preparar secuencia rápida intubación
- SSF 20ml/kg
- Hemograma, PCT, PCR, iones, glucemia, gasometría, hemocultivo
- Cefotaxima + clindamicina
- Considerar ingreso UCIP

**Tabla 3. Criterios de distrés respiratorio**

- Taquipnea (FR, rpm):  
0-2 meses: FR > 60 rpm  
2-12 meses: FR > 50 rpm  
1-5 años: FR > 40 rpm  
> 5 años: FR > 20 rpm
- Disnea
- Retracciones (supraesternal, intercostal o subcostal)
- Quejido
- Aleteo nasal
- Apnea
- Estado mental alterado
- SpO<sub>2</sub> < 90% con aire ambiente

**Tabla 1. Características más frecuentes de la NAC según etiología**

	NEUMONÍA TÍPICA	NEUMONÍA ATÍPICA VIRAL	NEUMONÍA ATÍPICA
Edad	Más frecuente <3-5 años	<3-4 años	>4-5 años
Etiología	Neumococo, Hib (no vacunados), <i>S. aureus</i> , <i>S. pyogenes</i>	VRS, adenovirus, <i>influenzae</i>	<i>Mycoplasma</i> , <i>Chlamydia pneumoniae</i>
Inicio	Brusco	Insidioso	Insidioso
Fiebre	>39°C	<39°C	<39°C
Estado general	Afectado	Conservado	Conservado
Ambiente epidémico	No	Simultáneo	Lejano
Tos	Productiva, leve	Productiva (+/-)	Irritativa, intensa
Síntomas asociados	Dolor pleurítico, dolor abdominal	Síntomas tracto respiratorio superior, conjuntivitis, mialgias...	Mialgias, cefalea, rinitis, faringitis y/o miringitis
Auscultación	Hipoventilación y crepitantes localizados, soplo tubárico	Crepitantes y sibilancias bilaterales	Crepitantes y/o sibilancias uni o bilaterales
Radiografía de tórax	Condensación (con/sin derrame)	Infiltrado intersticial, hiperinsuflación, atelectasia	Predomina patrón intersticial, en ocasiones consolidación
Hemograma	Leucocitosis con neutrofilia	Variable	Normal
PCR (mg/ml)	80-100	<80	<80
PCT (ng/ml)	>1	<1	<1

**Tabla 4. Pruebas complementarias**

Radiografía de tórax	No recomendada de rutina en ámbito de AP Considerar si NAC moderada-grave, fallo de tratamiento antibiótico o sospecha de complicación
Hemograma	Leucocitosis (>15.000/mm <sup>3</sup> ) con desviación izquierda sugiere etiología bacteriana, pero es poco específico
Reactantes de fase aguda	PCR: escasa sensibilidad y especificidad PCT: más específica para diagnóstico de neumonía bacteriana, sobre todo si > 1ng/ml
Hemocultivo	No indicado si manejo domiciliario Valorar si: ingreso (NAC moderada-grave), complicada, no mejoría o <i>S. aureus</i>
Test de antígenos en orina	No recomendados, salvo antígeno de <i>Legionella</i> en orina si sospecha clínica
Test rápidos de detección de virus	Pueden ser útiles para evitar realización de otras pruebas complementarias en síndromes febriles y evitar uso de antibióticos
Serología	Evidencia moderada en neumonía atípica

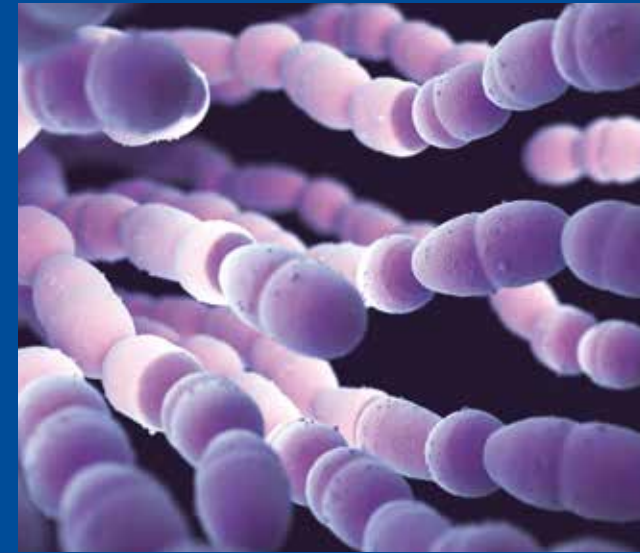
**Tabla 5. Criterios de hospitalización (NAC moderada-grave)**

Edad menor de 3-6 meses
Hipoxemia (SpO <sub>2</sub> < 92%)
Dificultad respiratoria marcada
Afectación del estado general, aspecto séptico, inestabilidad hemodinámica, afectación del estado de conciencia...
Complicación pulmonar: derrame pleural, absceso, neumotórax, afectación multifocal en NAC típicas...
NAC patógeno virulento (SARM)
Enfermedades subyacentes clínicamente significativas
Vómitos, deshidratación o imposibilidad de tratamiento oral
Falta de respuesta al tratamiento ambulatorio 48 horas
Dificultad tratamiento domiciliario o dudas cumplimiento

**Tabla 6. Tratamiento ambulatorio NAC**

Edad	Datos clínicos	Tratamiento
3 meses - 5 años	Sospecha etiología vírica Vacunado <i>Hib</i>	Medidas generales (tratamiento sintomático fiebre y/o dolor, adecuada hidratación, postura semiincorporada Amoxicilina vo (80-100mg/kg/día) en 3 dosis (máx. 2g/8h) 7-10 días
	No vacunado <i>Hib</i> o gripe asociada	Amoxicilina-clavulánico vo (80-100mg/kg/día y hasta 10mg/kg/día de clavulánico) en 3 dosis (máx. 1g/125mg/dosis) 7-10 días
> 5 años	Neumonía típica	Amoxicilina vo (80-100mg/kg/día en 3 dosis) 7-10 días
	Neumonía atípica	Azitromicina 10mg/kg/día en 1 dosis (máx. 500mg/día), 3 días o Claritromicina vo 15mg/kg/día en 2 dosis (máx. 500mg/12h) 7-10 días
	No clasificada	Amoxicilina vo +/- macrólido vo

# Recomendaciones para la atención del paciente con NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD (NAC) ACTITUD EN URGENCIAS de PEDIATRÍA



AUTORAS

María Esteban Gutiérrez, Irene Ortiz Valentín, Natalia Ramos Sánchez (Servicio de Pediatría del Complejo Hospitalario Universitario de Toledo), en representación del grupo NAC- Infecciones en Urgencias- Código Sepsis de la Red de Expertos y Profesionales de Urgencias del SESCAM.

Con el aval científico de la SEUP (Sociedad Española de Urgencias de Pediatría)



**Tabla 7. Tratamiento hospitalario NAC**

	Tratamiento
Vacunado frente Hib	Ampicilina iv 200mg/kg/día en 4 dosis (máx. 12g/día)
No vacunado contra Hib	Amoxicilina-clavulánico iv proporción 10:1. 150mg/Kg/día en 3-4 dosis (máx. 2g/6h)
< 3 meses	Ampicilina iv + cefotaxima iv
Sospecha de S. aureus*	Amoxicilina-clavulánico iv, cefuroxima iv 150mg/kg/día en 3-4 dosis o cloxacilina iv 150-200mg/kg/día en 4 dosis + cefotaxima iv. SARM: clindamicina o vancomicina
Sospecha de S. pyogenes**	Cefuroxima iv o cefotaxima iv + clindamicina iv (40mg/kg/día en 3-4 dosis)
Atípica	Macrólido oral o iv
Sospecha de gripe	Valorar oseltamivir (Posología: 0-1 mes: 2mg/Kg/12h; 1-3 meses: 2,5mg/kg/12h; 3-12 meses: 3mg/kg/12h; 1-14 años: ≤ 15kg: 2mg/kg/12h (máx. 30mg/dosis); 15-23kg: 45mg/12h; 23-40kg: 60mg/12h; > 40kg: 75mg/12h. Duración: 5 días)

\*S. aureus: sospechar si neumonía necrosante/neumatoceles, infección estafilocócica de piel o partes blandas previa, mala evolución o mal estado general. SARM: S. aureus resistente a meticilina.

\*\*S. pyogenes: sospechar si varicela, exantema escarlatíniforme, frotis faríngeo positivo S. pyogenes o mal estado general.

**Tabla 8. Criterios de ingreso en UCI pediátrica**

Shock
Dificultad respiratoria grave o agotamiento respiratorio pese a oxígeno suplementario
Apneas frecuentes
Hipoxemia (Sat O <sub>2</sub> ≤ 90%) a pesar de FiO <sub>2</sub> ≥ 0.5 o Hipercapnia progresiva (pCO <sub>2</sub> ≥ 65-70 mmHg capilar o venosa)
Afectación radiológica rápidamente progresiva
Alteraciones metabólicas graves
Alteración del nivel de consciencia

**Tabla 9. Complicaciones y situaciones especiales**

Derrame perulal	Ampicilina iv 250-300mg/kg/día en 4 dosis 2-4 semanas
Neumonía abcesificada o necrotizante	Cefotaxima iv 200mg/Kg/día en 3-4 dosis + clindamicina iv 40mg/Kg/día en 3-4 dosis
Sospecha de neumonía aspirativa	Amoxicilina-clavulánico iv proporción 10:1 150mg/Kg/día en 3-4 dosis (máx. 2g/6h)
Clínica grave (UCIP), evolución tórpida	Cefotaxima iv 200-300mg/Kg/día en 3-4 dosis + cloxacilina iv o clindamicina iv o vancomicina iv (60mg/Kg/día en 4 dosis) +/- macrólido iv (sospecha atípica) +/- trimetropina-clotrimoxazol (20mg/Kg/día de trimetropina) en 4 dosis (neumonía intersticial) +/- oseltamivir (sospecha gripe)
Alérgicos a betalactámicos	<p>Alergia, no anafilaxia: cefalosporinas</p> <p>Anafilaxia:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- NAC leve-moderada: clindamicina, levofloxacino o glucopéptidos (vancomicina o teicoplanina)</li> <li>- NAC grave: glucopéptidos + levofloxacino o macrólidos</li> </ul>

## BIBLIOGRAFÍA

- Andrés Martín A, et al. Etiología y diagnóstico de la neumonía adquirida en la comunidad y sus formas complicadas. An Pediatr 2012;76:162.e1-162.e18.
- Moreno-Pérez D, et al. Neumonía adquirida en la comunidad: tratamiento ambulatorio y prevención. An Pediatr 2015;83:439.e1-439.e7.
- Moreno-Pérez D, et al. Neumonía adquirida en la comunidad: tratamiento de los casos complicados y en situaciones especiales. An Pediatr 2015;83:217.e1-217.e11.
- Úbeda Sansano MI, et al. Actuación del pediatra de Atención Primaria ante la neumonía adquirida en la comunidad. FAPap Monogr. 2016;2:46-55